

## PROMOCJA ZDROWIA W ASPEKcie WSPÓŁPRACY SAMORZĄDÓW WOJEWÓDZKICH Z ORGANIZACJAMI POZARZĄDOWYMI

Tomasz Holecki, Krzysztof Kaczmarek,  
Joanna Woźniak-Holecka, Magdalena Syrkiewicz-Światała

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

**Streszczenie:** Samorzady terytorialne odgrywają coraz większą rolę w realizowaniu zadań publicznych. Jest to rezultat konsekwentnej polityki państwa, która prowadzi do stopniowego przejmowania przez jednostki niższego szczebla zobowiązań uprzednio spoczywających na barkach państwa. Wyrazem tej tendencji może być m.in. stale malejące zaangażowanie państwa w finansowanie zadań publicznych, takich jak, pomoc społeczna czy ochrona zdrowia. Od początku lat 90-tych obserwujemy gwałtowny przyrost liczby organizacji pozarządowych, również tych które ogniskują swoje zadania na poprawie stanu zdrowia lokalnych społeczności. Celem opracowania jest prezentacja materiału badawczego, związanego z praktyką działań samorządów wojewódzkich, w kontekście inicjatyw promujących zdrowie. Analiza objęła wszystkie województwa w kraju w ciągu następujących po sobie 5 lat, okresu 2005-2010. Projekt badawczy zakładał sprawdzenie zróżnicowania terytorialnego w kontekście odpowiedzialności za realizowaną politykę zdrowotną pomiędzy poszczególnymi województwami w kraju, ze szczególnym uwzględnieniem udziału organizacji non-profit w realizowanej promocji zdrowia na bazie współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego. Materiał badawczy został poddany analizie kontekstowej, poprzedzonej wnikliwym przestudiowaniem literatury, zarówno krajowej, jak i zagranicznej z dziedziny promocji zdrowia, odnośnych wskaźników zdrowotnych, nauk społecznych, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień samorządu terytorialnego i jego odpowiedzialności za sektor ochrony zdrowia oraz zagadnień zdrowia publicznego. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety skierowany do wszystkich jednostek wojewódzkiego samorządu terytorialnego w Polsce. Badanie dotyczyło związków jednostek samorządu terytorialnego i organizacji non-profit w zakresie współpracy w obszarze promocji zdrowia, koncentrującej się na partycypowaniu w aktualnie realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego programach zdrowotnych, wsparciu organizacyjnym, kadrowemu, merytorycznemu i finansowemu tych przedsięwzięć.

**Słowa kluczowe:** promocja zdrowia, samorząd terytorialny, województwo samorządowe, organizacje non-profit

### Wstęp

Przywrócenie samorządności terytorialnej oraz utworzenie sektora organizacji pozarządowych stanowią jedno z kluczowych, choć jakże często niedocenianych, osiągnięć polskiej transformacji systemowej. Wpisanie w polską konstytucję zasady pomocniczości, jako jednego z fundamentów kształtowania ładu społecznego, stanowiło rezultat racjonalnej konstatacji, płynącej z doświadczeń większości państw rozwiniętych, iż delegowanie uprawnień decyzyjnych, na niższy szczebel, zwiększa efektywność działań na rzecz rozwiązywania problemów społecznych. Wobec głębokiej zapaści odziedziczonych po PRL scentralizowanych struktur państwa, tak na poziomie organizacyjnym, jak i finansowym poszukiwanie rozwiązań alternatywnych stanowiło konieczność. Dodatkowym impulsem sprzyjającym przywróceniu w Polsce samorządności terytorialnej była wola zagospodarowania odrodzonej po 1989 roku aktywności społecznej i oddolnej inicjatywy. W rezultacie na początku lat 90-tych ubiegłego stulecia zapoczątkowany został proces starań o przywrócenie w Polsce samorządności, którego uwieńczeniem była reforma administracyjna przeprowadzona w 1999 roku. Ukształtowanie systemu, w ramach którego władza publiczna

podzielona została między państwo a samorzady terytorialne wpłynęło znacząco na obszary o kluczowym znaczeniu z punktu widzenia interesu publicznego. Obowiązek zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych obywateli i szeroko rozumianej promocji zdrowia nie stanowiły wyjątku, stając się w dużej mierze również przedmiotem zobowiązań nałożonych na samorzady terytorialne.

### Definiowanie i założenia promocji zdrowia

Rozwijająca się, od końca lat 70-tych ubiegłego wieku, koncepcja promocji zdrowia znalazła swój wyraz w wielu dokumentach i opracowaniach. Niewątpliwie jednak kluczowym sformułowaniem istoty zjawiska promocji zdrowia pozostaje definicja zawarta w Karcie Ottawskiej (1986), która określa ją jako „proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem oraz jego ulepszenie” (Karta Ottawska 1986). Jednocześnie zapisy zawarte w Karcie wskazują drogę do osiągnięcia stanu zdrowia rozumianego jako dobre samopoczucie fizyczne, psychiczne i społeczne. Ów pożądaný stan osiągnięty zostanie, jeżeli człowiek lub grupa ludzi jest zdolna do określenia i realizacji aspiracji, zaspokojenia potrzeb oraz zmiany lub radzenia sobie ze środowiskiem (Bunton, Macdonald 2001).

Pomimo licznych przykładów krytyki definicji zawartej w Karcie Ottawskiej, a co za tym idzie pojawiających się na gruncie rozważań teoretycznych odrębnych podejść, niewątpliwie można wykazać, iż w przypadku promocji zdrowia istnieje względny konsensus, co do określenia jej ogólnej natury. Istniejące definicje promocji zdrowia każdorazowo łączą perspektywę strukturalną, odnoszącą się do czynników w skali makro, takich jak kontekst społeczny czy polityczny oraz indywidualną, związaną z jednostkowymi zachowaniami, wiedzą i umiejętnościami (Kicbusch 1997, Griffiths 1999, Simpson, Issaak 1982). Z kolei występujące w nich różnice najczęściej tłumaczy się oddziaływaniem czynników społecznych i politycznych, właściwych dla różnych grup oraz różnych kręgów kulturowych. Sposób definiowania promocji zdrowia może być pochodną m. in. dostępnych metod działania, zakładanych celów czy też grup docelowych (Simpson, Issaak 1982).

Dostrzegalny staje się zatem związek między sposobami definiowania promocji zdrowia a zmianami w postrzeganiu zdrowia, w tym przede wszystkim uznaniu wpływu wielu zmiennych o charakterze biologicznym, środowiskowym, społecznym, ekonomicznym. Założenia przyjęte przez Światową Organizację Zdrowia stały się podstawą konstruowania krajowych programów zdrowotnych, co wyraźnie daje się zauważyć w przypadku Polski. Jeśli zestawić podejścia proponowane przez WHO z definicją promocji zdrowia stosowaną na gruncie polskiego prawa wyraźnie widoczne staje się ich podobieństwo (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. 2011 nr 112 poz. 654 ze zmianami).

Niezależnie od sposobu ujmowania istoty promocji zdrowia podkreślić należy, iż pozostaje ona formą działalności publicznej i jako taka realizowana musi być w oparciu o określone wartości. Współcześnie do wartości tych zalicza się (Nine Steps to a Health Promoting Integrated Health System 1999):

- *uwarunkowania zdrowia* – zwrócenie uwagi na czynniki wpływające na zdrowie fizyczne, umysłowe, emocjonalne i duchowe, podkreślenie znaczenia całościowego postrzegania środowiska i uwzględnienia wszelkich możliwych oddziaływań;
- *uwzględnienie środowiska* – postrzeganie jednostki w łączności ze środowiskiem społecznym i fizycznym, w jakim żyje;
- *równowagę* – postrzeganie potrzeb fizycznych, umysłowych, emocjonalnych i duchowych, jako całości;
- *rowność* – zapewnienie wszystkim jednostkom możliwości rozwoju i utrzymania zdrowia poprzez dostęp do zasobów i usług systemu ochrony zdrowia;
- *siedliskowe podejście* – promocja zdrowia powinna być realizowana w miejscach, w których ludzie żyją, pracują i odpoczywają;
- *podejście wielosektorowe* – wynikające z dostrzeżenia faktu, iż większość czynników oddziałujących na zdrowie znajduje się poza sektorem ochrony zdrowia

- (np. w sektorze edukacji, rolnictwie, przemyśle);
- *rozpowszechnienie wiedzy i informacji*;
- *opiekę* – pomoc i wzajemne wsparcie na poziomie indywidualnym, realizowaną zarówno przez pracowników systemu ochrony zdrowia, jak i przedstawicieli innych sektorów;
- *uczestnictwo* – umożliwienie ludziom uczestniczenia w procesie określania priorytetów, planowania, wdrażania i oceny programów i świadczeń;
- *wzmacnianie oraz zwiększanie możliwości uczestnictwa* w podejmowaniu decyzji dotyczących własnego zdrowia i życia.

### **Empowerment jako podstawa budowania promocji zdrowia we wspólnotach**

Główną ideą, która pozwala z jednej strony lepiej zrozumieć miejsce wspólnot w promocji zdrowia, a z drugiej wyznacza cel działań prowadzonych w ich obrębie, jest koncepcja występująca w literaturze pod pojęciem *empowerment*. Niestety, jak dotąd termin ten nie doczekał się odpowiednika w polskim piśmiennictwie, który w jasny sposób oddawałby jego istotę i przyświecające mu założenia. W praktyce *empowerment* oznacza zwiększanie możliwości podejmowania decyzji poprzez, z jednej strony podnoszenie kompetencji jednostki lub grupy podejmującej decyzje, z drugiej natomiast poprzez stworzenie faktycznych możliwości decydowania. Będzie to zatem forma zwiększania, bądź wzmacniania możliwości w zakresie zdrowia (Karski 2007). Może się ono dokonywać na różnych poziomach, od poziomu indywidualnego, poprzez mikro i mezostruktury społeczne (siedliska, wspólnoty), aż do poziomu makrostruktur (naród, państwo), (Tones, Green 2004). Stopień, w jakim jednostka bądź grupa decyduje o swoim zdrowiu uzależniony jest od władzy jaką dysponuje. O wysokim stopniu wzmocnienia można mówić wówczas, gdy jednostka dysponuje realną władzą umożliwiającą podejmowanie decyzji w zakresie jej zdrowia, a to z kolei uzależnione będzie od przekonań dotyczących przyczynowości i charakteru kontrolowanych działań, które prowadzą do promowania zdrowia, rozumiane go jako zwiększanie zasobu zdrowia (Tones i in. 2001). Według tej koncepcji, wiedza i przekonania w zakresie możliwości kontrolowania własnego życia i zdrowia wpływać będą na decyzje, jakie podejmować będzie obywatel uczestniczący w procesie demokratycznym. Z kolei władza, jaką dysponuje jednostka decyduje o tym, czy jej oczekiwania mają szansę realizacji (Laverack 2006).

Odnosząc koncepcję *empowerment* do polskich realiów łatwo dostrzec, iż zarówno przywrócenie prawa do stowarzyszania, jak i odtworzenie samorządności terytorialnej otwierają pod tym względem szerokie perspektywy dla działań z obszaru promocji zdrowia. Dzięki omawianym rozwiązaniom społeczeństwo obywatelskie zyskało instrumenty pozwalające na ta-

kie kształtowanie działań w zakresie promocji zdrowia, by w jak najlepszym stopniu odpowiadały one oczekiwaniom wspólnot lokalnych.

Zróżnicowanie możliwości decyzyjnych grup, jakie ma miejsce w każdym społeczeństwie niesie za sobą obowiązek zastosowania odrębnych strategii w przypadku różnych grup. Kryterium, na podstawie którego powinno się dokonywać weryfikacji przyjętej strategii powinna być zdolność do włączenia społeczności w czynne uczestnictwo w podejmowanych działaniach. Z tego też względu promocja zdrowia oparta na założeniach podejścia *community-based* musi uwzględniać gotowość i zdolność społeczności do współdziałania oraz budowania efektywnego partnerstwa.

### Rola samorządów wojewódzkich w promocji zdrowia

Samorządy terytorialne odgrywają coraz większą rolę w realizowaniu zadań publicznych. Jest to rezultatem konsekwentnej polityki państwa, która prowadzi do stopniowego przejmowania przez jednostki niższego szczebla zobowiązań uprzednio spoczywających na barkach państwa.

Spośród koncepcji, które szczególnie silnie wpłynęły na kształt współczesnej promocji zdrowia podkreślić należy znaczenie promocji zdrowia opartej na wspólnotach obywatelskich (*community - based health promotion*). Ewolucja powyższego podejścia pozostaje w ścisłym związku z kształtowaniem się nowoczesnego ujęcia promocji zdrowia, na co jednoznacznie wskazuje artykulacja podstawowych zasad *community - based health promotion* w dokumentach konstytuujących powszechnie akceptowane rozumienie promocji zdrowia (Naccarella 1998). Wspólnoty stanowią ogniwo pośredniczące w relacjach jednostki ze środowiskiem i poprzez normy i wartości grupowe mogą modyfikować charakter tej interakcji (Tones, Green 2004). Z tego względu oddziaływanie na społeczności lokalne i regionalne, jako na podmioty modelujące relacje z otoczeniem ma fundamentalne znaczenie dla promocji zdrowia.

W literaturze opisującej zagadnienia promocji zdrowia wspólnoty, określa się najczęściej jako zbiorowości dające się wyróżnić geograficznie i kulturowo, grupę osób połączonych wspólnym interesem (Rifkin 1988), bądź też jako „(...) ludzi w kontekście ich środowiska oraz ciągłych interakcji zachodzących pomiędzy nimi oraz interakcji ze środowiskiem” (Arnold 1998). Rozpatrując przedstawione powyżej założenia z perspektywy samorządów województw, czy też samych województw, zauważyć można, iż nie zawsze będą one odpowiadały omawianej specyfice, ze względu na osłabienie spójności interesów poprzez wielkość i złożoność populacji. Tym nie mniej podkreślić należy, iż w większości wypadków nowe województwa stają się dla ich mieszkańców synonimami regionów i w oparciu o taką tożsamość regionalną konstytuowana jest wspólnota.

Biorąc pod uwagę zarówno organizację opieki zdrowotnej, jak i obecne uprawnienia samorządów wyróżnić można kilka ról, jakie w ramach systemu ochrony zdrowia pełnią (Frączkiewicz-Wronka 2002):

- organizatora systemu i (w ograniczonym stopniu) płatnika;
  - właściciela publicznych zakładów opieki zdrowotnej;
  - nadzorca publicznych zakładów opieki zdrowotnej;
  - zarządcy publicznych zakładów opieki zdrowotnej.
- Przegląd zapisów zawartych w prawodawstwie dotyczącym samorządów pozwala na przyjęcie, jako punktu wyjścia następującej klasyfikacji zadań z zakresu ochrony zdrowia (Włodarczyk, Sitko 1999):
- związane z tworzeniem ogólnej strategii i planowaniem polityki ochrony zdrowia na danym terenie;
  - podejmowanie działań z zakresu zdrowia publicznego;
  - podejmowanie działań z zakresu promocji zdrowia.

Co charakterystyczne i wymaga w tym miejscu podkreślenia, to brak wskazania w przepisach jednoznacznego rozdziału kompetencyjnego, pomiędzy poszczególne jednostki administracji samorządowej. W wielu miejscach natknąć się można na sytuację, kiedy dwa lub trzy podmioty wpisane mają w zakresie swoich działań te same obszary zadań publicznych. Jakkolwiek rozwiązanie to może się wydawać niefunkcjonalne, to jednak warto zauważyć, że wszelkie problemy tego typu mogą być szybko i efektywnie rozwiązane poprzez zastosowanie demokratycznych procedur i wprowadzenie szczegółowych uzgodnień między stronami (Dercz 2005).

Nawiązując bezpośrednio do problematyki zadań w obszarze promocji zdrowia należy podkreślić, iż w polskim ustawodawstwie brakuje jednoznacznego rozgraniczenia pomiędzy promocją zdrowia, a profilaktyką zachorowań. Najczęściej widoczna jest tendencja do podporządkowania promocji zdrowia profilaktyce. Rodzi to poważne konsekwencje i utrudnia ukazanie prawdziwego obrazu obydwu tych elementów.

Podstawą wyróżnienia kompetencji samorządów terytorialnych są ustawy o samorządzie gminnym, powiatowym i wojewódzkim<sup>1</sup>, które określają zadania związane z działalnością w sferze zdrowotnej, wymieniane jako zadania własne. Tylko w ustawach odnoszących się do powiatu oraz województwa pojawia się termin „promocja zdrowia” bez wskazania zakresu działań, jakie w tym obszarze winny realizować jednostki samorządowe. Do szeroko pojętej promocji zdrowia nawiązuje szereg zadań wpisanych przez ustawodawcę w kompetencje samorządów. Samorząd wojewódzki nie stanowi wyjątku, a do jego zadań za-

<sup>1</sup> Komplet ustaw wprowadzających nowy podział administracyjny kraju stanowią ustawy: z dnia 24 lipca 1998 r. o wprowadzeniu zasadniczego trójstopniowego podziału terytorialnego państwa (Dz.U. 1998, nr 96, poz. 603, nr 104, poz. 656), z dnia 13 października 1998 r. przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną (Dz.U. 1998, nr 133, poz. 872) z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. 1998, nr 91, poz. 576 z późn. zm.), z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz.U. 1998, nr 91, poz. 578 z późn. zm.), z dnia 5 czerwca 1998 r. o administracji rządowej w województwie (Dz.U. 1998, nr 91, poz. 577).

liczone m.in. ochronę środowiska, gospodarkę wodną oraz kulturę fizyczną i turystykę.

Odniesienia do samorządu wojewódzkiego, bądź też ogólne odniesienia do samorządów, funkcjonują także w obrębie zapisów ukierunkowanych na zapobieganie narkomanii, alkoholizmowi i nikotynizmowi.

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 r. (Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz. U. nr 179 poz. 1485) określa samorząd terytorialny, jako jeden z organów odpowiedzialnych za prowadzenie działań zapobiegających zjawisku. Te same przepisy wskazują samorządom ewentualnych partnerów w realizacji działań zapobiegawczych, którymi mają być zarówno organy państwa, jak i instytucje pozarządowe. Samorządy zobowiązane zostały do realizowania trzech form aktywności w zakresie zapobiegania narkomanii, które wymieniono w art. 2 ust. 1 pkt 1-3, tj.:

- działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i zapobiegawczej;
- leczenia, rehabilitacji i reintegracji osób uzależnionych;
- ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych.

Zapewne dla zagwarantowania większej możliwości prowadzenia skoordynowanej polityki antynarkotykowej na poziomie państwa, oprócz wspomnianych już zobowiązań na samorządy nałożono także konieczność realizacji zadań przyjętych w ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii i finansowanych z budżetu państwa. Samorządy, na mocy wspomnianej ustawy, zyskały także swojego przedstawiciela w Radzie do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii. Szczególną rolę i uprawnienia w zakresie zapobiegania narkomanii zyskały samorządy wojewódzkie. Przede wszystkim ich uprawnieniem jest możliwość powołania pełnomocnika, który gwarantowałby właściwą realizację programu. Organ wykonawczy programu może powoływać eksperta wojewódzkiego do spraw informacji o narkotykach i narkomanii, którego zadaniem jest:

- zbieranie, gromadzenie, wymiana informacji i dokumentacji w zakresie przeciwdziałania narkomanii, objętych badaniami statystycznymi statystyki publicznej oraz opracowywanie i przetwarzanie zebranych danych;
- prowadzenie i inicjowanie badań dotyczących problemów narkotyków i narkomanii oraz opracowywanie i udostępnianie ich wyników;
- gromadzenie, przechowywanie i udostępnianie baz danych dotyczących narkotyków i narkomanii;
- formułowanie wniosków sprzyjających kształtowaniu adekwatnej do sytuacji strategii reagowania na problem narkomanii;
- gromadzenie i udostępnianie publikacji na temat narkotyków i narkomanii.

Drugim obszarem, który uregulowano odrębnymi przepisami jest przeciwdziałanie alkoholizmowi. Podstawę działań wyznacza wielokrotnie nowelizowana

Ustawa o wychowaniu w trzeźwości z 26 października 1982 r. (Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości, Dz.U. nr 35 poz. 230 ze zmianami). Nakłada ona na samorządy obowiązek „*podejmowania działań zmierzających do ograniczenia spożycia napojów alkoholowych oraz zmiany struktury ich spożywania, inicjowania i wspierania przedsięwzięć mających na celu zmianę obyczajów w zakresie sposobu spożywania tych napojów, działania na rzecz trzeźwości w miejscu pracy, przeciwdziałania powstawaniu i usuwania następstw nadużywania alkoholu, a także wspierania działalności w tym zakresie organizacji społecznych i zakładów pracy*”. Ustawodawca zdaje się sugerować metodę usprawnienia działań samorządów poprzez podkreślenie roli, jaką mają one do odegrania w zakresie wspierania powstawania organizacji powoływanych do walki z problemami alkoholowymi oraz współdziałania i pomocy w prowadzonych przez nie działaniach. W zakres zadań samorządu województwa ustawodawca włączył m.in. przygotowanie, koordynację i realizację wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, jednocześnie zaznaczając, iż program ten ma stanowić część strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej. Program ten może być realizowany przez regionalny ośrodek pomocy społecznej lub inną jednostkę, która wskazana zostanie w jego treści. Samorząd województwa może przekazać w drodze obustronnych ustaleń część zadań związanych z rozwiązywaniem problemów alkoholowych powiatom.

Ostatnim, obligatoryjnym obszarem aktywności jest kwestia uprawnień samorządów terytorialnych w zakresie palenia wyrobów tytoniowych. Nie ma tu już tak ścisłych regulacji, jak w przypadku dwóch poprzednich obszarów. Samorząd terytorialny jest zobowiązany jedynie do „*(...) podejmowania działań zmierzających do ochrony zdrowia przed następstwami używania tytoniu oraz mogą wspierać w tym zakresie działalność medycznych samorządów zawodowych, organizacji społecznych, fundacji, instytucji i zakładów pracy, a także współdziałać z kościołami i innymi związkami wyznaniowymi*” (Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, Dz. U. Nr 10 poz. 55 ze zmianami).

### **Współpraca trzeciego sektora z samorządami w kontekście promocji zdrowia**

Proces odbudowy polskiego sektora pozarządowego po 1989 roku był niewątpliwie procesem spontanicznym, wynikającym m.in. z przywrócenia obywatelom swobody zrzeszania - przywileju, który przez dziesięciolecie był dla Polaków niedostępny. Na początku lat 90-tych XX w., zaowocowało to gwałtownym przyrostem liczby nowopowstałych organizacji pozarządowych. Nie była to jednak wyłączna przyczyna rozwoju III sektora. Wydaje się, że jeszcze większe znaczenie miały pod tym względem trudno-

ści pierwszych lat transformacji i pojawienie się szeregu niekorzystnych zjawisk społeczno-ekonomicznych: bezrobocia, wzrostu przestępczości, problemów w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia. Organizacje pozarządowe powstawały niejednokrotnie w odpowiedzi na niewydolność struktury państwowej, a ich celem było wspomaganie wspólnot, w których działają, w zakresie przewyższania zaistniałych problemów (Boni 1999). Warto podkreślić, że szczególnie w początkowym okresie rozwoju III-go sektora istniały liczne trudności w zakresie jego współpracy z instytucjami publicznymi, w tym z samorządami. Niejednokrotnie organizacje pozarządowe postrzegane były jako zagrożenie i konkurencja dla podmiotów publicznych, co często wynikało z ich większej efektywności (Boni 1999). Ponadto na niekorzyść III-go sektora wpływało jego odcięcie się zarówno od sfery polityki, jak i od biznesu. Sytuacji nie ułatwiał także brak ram prawnych jednoznacznie wyznaczających możliwości współpracy. Ostatecznym przełomem w budowaniu partnerstwa pomiędzy organizacjami pozarządowymi, a samorządem terytorialnym było przyjęcie w 2003 roku Ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r., Dz. U. z 2010 r., Nr 234, poz.1536 z późn. zm.). Ustawa ta miała fundamentalne znaczenie dla kształtowania polskiego sektora non-profit, przede wszystkim ze względu na zawarte w niej jednoznaczne sformułowanie definicji organizacji pozarządowej oraz wymóg tworzenia przez środowiska samorządowe programów współpracy.

Wytyczne dotyczące kształtu wspomnianych programów stworzone zostały przez Departament Pożytku Publicznego we współpracy z Radą Działalności Pożytku Publicznego i przedstawiają się następująco<sup>2</sup>:

- program współpracy dotyczy organizacji pozarządowych w ogóle, a nie wyłącznie organizacji pożytku publicznego;
- program współpracy ma charakter obligatoryjny;
- formalnie program współpracy ma charakter roczny, ale powinien być tworzony z perspektywą współpracy wieloletniej;
- budowa programów powinna odbywać się we współpracy właściwej jednostki samorządu terytorialnego z organizacjami pozarządowymi działającymi na jej obszarze;
- program dotyczyć powinien różnorodnych form współpracy, a nie jedynie zlecania zadań.

Opisane powyżej procesy i akty prawne zagospodarowały szeroki obszar współpracy pomiędzy trzecim sektorem, a samorządami niemal we wszystkich dziedzinach wpisanych w zakres działań samorządów. Warto jednak zauważyć, iż o ile w niektórych obszarach można sobie wyobrazić realizację zadań z pominięciem trzeciego sektora, o tyle inne obszary z defi-

nicji muszą być realizowane we współpracy z wieloma partnerami społecznymi. Niewątpliwie do tej drugiej kategorii zalicza się promocję zdrowia, czego potwierdzeniem są m.in. zapisy zawarte w ustawach samorządowych. Generalną zasadą przyjętą dla wszystkich trzech szczebli samorządu terytorialnego jest także zasada wielosektorowego działania w zakresie promocji zdrowia. Oznacza to, że w przedsięwzięciach mających na celu promocję zdrowia uczestniczyć może wiele podmiotów, w tym także organizacje pozarządowe. Zaangażowanie zróżnicowanych podmiotów z założenia ma skutkować zwiększoną efektywnością prowadzonych działań (Frączkiewicz-Wronka 2002). Wydaje się, że stworzenie takiej możliwości w sposób szczególny wzmacniać będzie działania samorządów wojewódzkich, ponieważ umożliwia skrócenie dystansu dzielącego decydentów w obszarze promocji zdrowia i beneficjentów realizowanych działań.

### Cel i metody badań

Celem opracowania jest prezentacja materiału badawczego, związanego z praktyką działań samorządów wojewódzkich, w kontekście inicjatyw promujących zdrowie. Objęło swym zakresem wszystkie województwa w kraju w ciągu następujących po sobie 5 lat, okresu 2005-2010. Projekt badawczy zakładał sprawdzenie zróżnicowania terytorialnego w kontekście odpowiedzialności za realizowaną politykę zdrowotną pomiędzy poszczególnymi województwami w kraju.

Materiał badawczy został poddany analizie kontekstowej, poprzedzonej wnikliwym przestudiowaniem literatury, zarówno krajowej, jak i zagranicznej z dziedziny promocji zdrowia, odnośnych wskaźników zdrowotnych, nauk społecznych ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień samorządu terytorialnego i jego odpowiedzialności za sektor ochrony zdrowia oraz zagadnień zdrowia publicznego.

Pierwszym etapem było podjęcie strategii poszukiwań, selekcji i ewaluacji danych, odnośnie pozycji i roli samorządu terytorialnego w Polsce, jego ewolucji i zmiennego potencjału względem zagadnień ochrony zdrowia, zawartych w rozproszonych źródłach w tym. m.in. zasobach Głównego Urzędu Statystycznego, dokumentacji Regionalnej Izby Obrachunkowej, danych Ministerstwa Zdrowia, sprawozdań Narodowego Funduszu Zdrowia, dziennikach ustaw, raportach organizacji zainteresowanych pokrewnymi zagadnieniami, w tym organizacji non-profit oraz doniesieniach naukowych.

Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety skierowany do szesnastu jednostek wojewódzkiego samorządu terytorialnego w Polsce.

<sup>2</sup> Programy współpracy jednostek samorządu terytorialnego z organizacjami pozarządowymi <http://www.pozytek.gov.pl/Zasady,tworzenia,programow,wspolpracy,402.html>

## Wyniki badań

Wszystkie samorządy województw w Polsce deklarowały podejmowanie zadań związanych z promocją zdrowia w zakresie trzech obligatoryjnych obszarów: przeciwdziałania narkomanii, alkoholizmowi oraz nikotynizmowi.

Działania samorządów wojewódzkich z zakresu przeciwdziałania narkomanii ogniskują się nie tylko na ograniczaniu używania substancji psychoaktywnych, ale i na ograniczaniu związanych z tym problemów społecznych, czy też promocji zdrowia psychicznego, wyrażonej poprzez programy edukacyjne w zakresie profilaktyki uzależnień realizowane w szkołach podstawowych.

Zadania związane z przeciwdziałaniem alkoholizmowi skupiały się na zmniejszeniu rozmiarów negatywnych skutków o charakterze rodzinnym, społecznym i zdrowotnym związanych z nadużywaniem i uzależnieniem od alkoholu oraz rozwoju osobistym uzależnionych, poprzez treningi psychologiczne, dla osób wychodzących z uzależnienia alkoholowego i ich rodzin. Nie zabrakło także programów o charakterze prewencyjnym, mających na celu wsparcie osób zagrożonych uzależnieniem. Programy antyalkoholowe realizowane w środowiskach pracy miały na celu edukację pracowników i ich rodzin na temat szkodliwości zdrowotnych i społecznych związanych z uzależnieniem od alkoholu oraz prowadzenie aktywnej i świadomej polityki antyalkoholowej w miejscu pracy.

Stosunkowo najrzadziej odnoszono się do konkretnych działań służących zwalczaniu nikotynizmu, marginalizując problemy związane z jego skutkami, co wydaje się podejściem niesłusznym z punktu widzenia profilaktyki chorób cywilizacyjnych. Pamiętać należy, że zgony z powodu chorób odtytoniowych (tytoniozależnych) sięgają rocznie ok. 4 mln osób, a szacuje się, że ich liczba może wzrosnąć do 10 mln, bowiem codziennie przybywa na świat blisko 100 tysięcy nowych palaczy (WHO 1997). Zadania, jakie stawiają sobie poszczególne samorządy wojewódzkie w tym zakresie, dotyczą przede wszystkim zapobieganiu uzależnieniu od tytoniu poprzez edukację uczniów szkół podstawowych, czy ochronę biernych palaczy.

Katalog dodatkowych inicjatyw realizowanych we wszystkich regionach był jednocześnie dość pokaźny i obejmował przedsięwzięcia z zakresu: pomocy osobom niepełnosprawnym, zapobiegania HIV/AIDS, profilaktyki wybranych chorób układu krążenia, nowotworów, wad postawy oraz gruźlicy, a także uczestnictwa w realizacji zadań Narodowego Programu Zdrowia. Liderem w zakresie liczby realizowanych programów były województwa: świętokrzyskie, podkarpackie i dolnośląskie, najmniej programów zadeklarowały samorządy województw: małopolskiego, mazowieckiego i lubuskiego.

Populacje docelowe, dla których organizowano przedsięwzięcia, najczęściej były wąsko określone po-

przez płeć oraz wiek beneficjentów, np. do programu ochrony słuchu osób narażonych na szkodliwy hałas zakwalifikowano 1200 pracowników zakładów województwa podkarpackiego, gdzie występują szkodliwe warunki oraz 300 nauczycieli szkolnych do profilaktyki zdrowotnej narządu mowy. W województwie wielkopolskim zaplanowano program badań przesiewowych dzieci w kierunku wykrywania nowotworów, który objął swym oddziaływaniem dzieci w wieku 13 - 15 lat przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych, a na przykład studenci w województwie podlaskim zostali objęci programem profilaktyki chorób zakaźnych w tym szczególnie HIV/AIDS.

W kwestii ciągłości realizacji programów, co jest niezwykle istotne dla skuteczności projektów, wystąpiły znaczne różnice. Część urzędów marszałkowskich przedstawiała projekty obejmujące wyłącznie jednoroczne, zapewne determinowane budżetem okresy działań. Było tak najczęściej w samorządach: opolskim, lubelskim, podkarpackim, podlaskim i warmińsko - mazurskim, natomiast część z przedsięwzięć była projektowana i realizowana w kilkuletnich następujących po sobie okresach. Pozostałe samorządy województw starały się realizować przedsięwzięcia wieloletnie.

Niestety nadal relatywnie rzadko władza samorządowa dzieliła się zadaniami promocji zdrowia z organizacjami pozarządowymi. Być może wynika to z jednostronnego spojrzenia na problematykę funkcjonowania struktur państwa. Biurokracizm powoduje bowiem większą wolę zagospodarowania zadań przez własnych urzędników niż delegacji uprawnień na obszary obywatelskie, a liderów inicjatyw, w tym organizacji pozarządowych, skłania do nieufności wobec administracji publicznej, szczególnie w odniesieniu do finansów publicznych. Na potwierdzenie takiej sytuacji można znaleźć szereg przykładów, ilustrowanych także wynikami licznych badań, realizowanych przede wszystkim przez instytucje non-profit. Ten wizerunek wywodzi się, między innymi, z wąskiego, sektorowego spojrzenia na instytucję zadań publicznych, często selektywnie, w tym także mało krytycznie, odnoszącego się do rzeczywistego, stosunkowo skromnego potencjału organizacji pozarządowych w zakresie ich zdolności do realizacji zadań publicznych. Z drugiej strony, skłonność instytucji publicznych, odpowiedzialnych za zadania publiczne i będących w związku z tym dysponentem środków publicznych, do stosowania prawa wyłączności w zakresie bezpośredniej realizacji tych zadań. Jest to wyraz błędnego pojmowania funkcji nowoczesnego zarządzania sferą publiczną, zarówno w wymiarze partnerstwa publiczno-społecznego, jak i partnerstwa publiczno-prywatnego (Ministerstwo Polityki Społecznej 2005).

W praktyce, nie więcej niż 30% przedsięwzięć przekazywano na szczebel organizacji pozarządowych, lecz należy zaznaczyć, że zależności te wykazują silne zróżnicowania regionalne. Działania, w obrębie

których współpraca z organizacjami pozarządowymi była najczęstsza dotyczyły: profilaktyki chorób cywilizacyjnych, takich jak choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe czy cukrzyca, poprawy jakości życia osób w stanie terminalnym, terapii dzieci z chorobami nowotworowymi lub edukacji personelu medycznego w zakresie poprawy technik diagnostyki i terapii tych chorób. Organizacje non-profit równie chętnie angażują się w programy poprawy jakości życia osób starszych, poprzez np. aktywizowanie środowisk lokalnych na rzecz usług dla seniorów i osób niepełnosprawnych, co wyraża się tworzeniem warunków dla aktywnego życia tych osób oraz przeciwdziałaniem skutkom niepełnosprawności poprzez wyrównywanie szans osób niepełnosprawnych w dostępie do opieki medycznej i usług rehabilitacyjnych.

Za nowatorskie można uznać programy profilaktyki uzależnień od komputerów czy zakupów, będące odpowiedzią na współczesne zagrożenia zdrowia populacji krajów wysokorozwiniętych oraz programy mające na celu wykrywanie rodzin z predyspozycjami do nowotworów uwarunkowanych genetycznie.

Kluczowym miernikiem partycypacji społecznej w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych populacji wojewódzkich stanowi poziom finansowania przedsięwzięć oraz podział środków pomiędzy podmioty realizujące poszczególne zadania. Z jednej strony wiadomo, że subsydiarność zwiększa efektywność i opłacalność działań osadzonych w obszarze zdrowia publicznego, a obywatelska aktywność nie osłabia aparatu administracji państwowej, lecz ją uzupełnia. Z drugiej zaś strony funkcjonuje stereotyp organizacji pozarządowych, jako klienta wyciągającego dłoń po publiczne środki, często wsparty argumentami przemawiającymi za ich rzekomo roszczeniowymi postawami, wywodzący się z przeświadczenia, iż trzeci sektor stanowi i powinien stanowić jedynie uzupełnienie zasadniczych funkcji administracji w realizacji zadań publicznych. Zasada pomocniczości sprowadzana jest często do roli kryterium, za pomocą którego do określania są mało stabilne formy relacji zasad i form współpracy między władzą, najczęściej reprezentowaną przez instytucje samorządu terytorialnego i organizacjami pozarządowymi, z położeniem mocnego akcentu na uznaniowość, ze strony administracji publicznej, formułę poziomu uczestnictwa organizacji pozarządowych w procesach definiowania problemów społecznych (Ministerstwo Polityki Społecznej 2005). Samorząd, osadzony zgodnie z ideą ustawodawcy w strukturze administracyjnej państwa blisko obywateli, powinien nie tylko odcinać się od modelu rywalizującego o dostęp do publicznych środków oraz uprawnień reglamentacyjnych, ale wręcz inspirować i zachęcać mieszkańców do podejmowania aktywności, której przejawem może być aktywność w tworzeniu i pracy na rzecz organizacji non-profit w postaci m.in. fundacji, stowarzyszeń, związków samopomocowych czy wyznaniowych.

Najwyższy poziom finansowania działalności promującej zdrowie, którą realizowały organizacje trzeciego sektora, zanotowano na Mazowszu, w Małopolsce oraz na Śląsku. Natomiast w województwach wielkopolskim, podkarpackim i lubelskim praktycznie całość deklarowanych zadań realizowana i finansowana była poprzez własny aparat urzędniczy lub podległe jednostki organizacyjne. Pozostałe samorządy delegowały realizację zadań w zróżnicowanych, oscylujących jednak wokół 50% proporcjach.

## Podsumowanie

Społeczny wymiar promocji zdrowia polega na wspólnej odpowiedzialności poszczególnych organizacji skupionych na danym terenie, za zdrowie swoich obywateli. Społeczność od początku rozwoju idei promocji zdrowia, stanowi element kluczowy strategii budowanych przez Światową Organizację Zdrowia. Również program zarysowany w Karcie Ottawskiej wyznaczał główne obszary działania w zakresie promocji zdrowia, takie jak (Ridde i in. 2007, Raeburn 2007): budowanie polityki publicznej skierowanej na zdrowie, tworzenie środowisk wsparcia i wzmocnienie działań wspólnot, wspieranie rozwoju jednostek i społeczności poprzez dostarczenie informacji i edukacji na rzecz zdrowia oraz podnoszenie umiejętności życiowych, konieczność współpracy jednostek i grup wchodzących w skład społeczności lokalnej, pracowników ochrony zdrowia, jednostek służby zdrowia oraz rządów państw na rzecz tworzenia systemu ochrony zdrowia, który wzmacniać będzie dążenie do zdrowia.

Promocja zdrowia realizowana jest poprzez konkretne i efektywne działania wspólnot, które obejmują określanie priorytetów zdrowotnych, podejmowanie decyzji, planowanie strategii oraz wdrażanie ich dla osiągnięcia lepszego zdrowia. Elementem kluczowym takich inicjatyw każdorazowo będzie wspólnota, której podstawą rozwoju jest wykorzystanie zasobów ludzkich i materialnych do umacniania samodzielności, wsparcia społecznego oraz rozwoju elastycznych systemów działających na rzecz publicznej partycypacji w problematyce zdrowotnej oraz realnego oddziaływania na jej kształtowanie. Wymaga to dostępu do informacji, prowadzenia edukacji zdrowotnej oraz zapewnienia wsparcia finansowego.

## Literatura:

1. Arnold J. (1998), *The community as client*. [in:] Klainberg M, Holzemer S, Leonard M, Arnold J, ed. Community health nursing: An alliance for health. New York: McGraw-Hill
2. Boni M. (1999), *Rola i szanse organizacji pozarządowych*, w: Golinowska S., Głogosz D. (red.) *Pozarządowe instytucje społeczne. Między państwem a społeczeństwem*, Warszawa
3. Bunton R, Macdonald G, (2002), *Health Promotion:*

- Disciplines, diversity and developments*. Second edition.; Routledge
4. Dercz M. (2005), *Samorządowy model systemu ochrony zdrowia*. Analizy i Opinie
  5. Frączkiewicz-Wronka A. (2002), *Samorządowa polityka ochrony zdrowia*. [w:] Frączkiewicz-Wronka A, red. Samorządowa polityka społeczna. Warszawa: Dom Wydawniczy ELIPSA
  6. Griffiths H. (1999), *Health promotion: when the client is the community*. Nurs BC, 31(1)
  7. Karski J. B. (2007), Postępy promocji zdrowia. „Przegląd międzynarodowy”. Warszawa: CeDe-Wu.pl
  8. Kickbusch I. (1997), *Think Health: What makes the difference*. In Health Promotion International, Vol. 12, No.4
  9. Laverack G. (2006), *Improving health outcomes through community empowerment: a review of the literature*. J Health Popul Nutr, 24(1)
  10. Ministerstwo Polityki Społecznej, *Strategia wspierania rozwoju społeczeństwa obywatelskiego na lata 2007 - 2013*
  11. Naccarella L. (1998), *Community Based Health promotion Community health promotion. A guide for divisions of general practice*, Public Health And Health Promotion SERU. URL
  12. Nine Steps to a Health Promoting Integrated Health System. (1999), Toronto: University of Toronto Centre for Health Promotion
  13. Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986
  14. Raeburn J. (2007), Ottawa Charter: reflections from down under. Promot Educ., Suppl 2
  15. Ridde V, Guichard A, Houéto D. (2007), *Social inequalities in health from Ottawa to Vancouver: action for fair equality of opportunity*. Promot Educ., Suppl 2
  16. Rifkin S, Muller F, Bichman W. (1988), *Primary health care on measuring participation*. Social Science and Medicine, 1(26)
  17. Simpson R, Issaak S. (1982), *On Selecting a Definition of Health Promotion: A Guide for Local Planning Bodies*. Toronto: Addiction Research Foundation
  18. Tones K, Green J. (2004), *Health Promotion. Planning and strategies*., London: SAGE Publications
  19. Tones K, Tilford S, Thornes N. (2001), *Health Promotion: Effectiveness, Efficiency and Equity*, 3rd edn. Cheltenham: Nelson Thornes Ltd.
  20. Ustawa z dnia 13 października 1998 r. przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną (Dz. U. 1998, nr 133, poz. 872)
  21. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654 ze zmianami)
  22. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r., (Dz. U. z 2010 r., Nr 234, poz.1536 z późn. zm.)
  23. Ustawa z dnia 24 lipca 1998 r. o wprowadzeniu zasadniczego trójstopniowego podziału terytorialnego państwa (Dz. U. 1998, nr 96, poz. 603, nr 104, poz. 656)
  24. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości, (Dz. U. nr 35 poz. 230 z późn. zm.)
  25. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, (Dz. U. nr 179 poz. 1485)
  26. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o administracji rządowej w województwie (Dz. U. 1998, nr 91, poz. 577)
  27. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. 1998, nr 91, poz. 578 z późn. zm.)
  28. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. 1998, nr 91, poz. 576 z późn. zm.)
  29. Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, (Dz. U. Nr 10 poz. 55 z późn. zm.)
  30. WHO Tobacco or Health (1997), A Global Status Report
  31. Włodarczyk C, Sitko S. (1999) Zarządzanie ochroną zdrowia w powiecie. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius
  32. [www.gp.unimelb.edu.au](http://www.gp.unimelb.edu.au)
  33. [www.mpips.gov.pl](http://www.mpips.gov.pl)
  34. [www.mpips.gov.pl](http://www.mpips.gov.pl)
  35. [www.pozYTEK.gov.pl](http://www.pozYTEK.gov.pl)
  36. [www.who.int](http://www.who.int)



## HEALTH PROMOTION AND THE COOPERATION OF PROVINCIAL GOVERNMENTS WITH NON-GOVERNMENT ORGANIZATIONS

Tomasz Holecki, Krzysztof Kaczmarek,  
Joanna Woźniak-Holecka, Magdalena Syrkiewicz-Świtała

Medical University of Silesia in Katowice

**Summary:** Local governments play an increasingly important role in the implementation of public tasks. This is a result of consistent national policy, which leads to a gradual takeover, by the subordinated units, of obligations previously carried out by the state. The demonstration of this tendency is reflected, among others, in the decreasing government involvement in the financing public tasks, such as welfare assistance and health care. Since the early 90's, a sharp increase in the number of non-government organizations is observed, including those focused on health improvement of local communities.

The purpose of this article is to present the research material about the practice of provincial government actions from the perspective of health promotion initiatives. The analysis covered all provinces during the five consecutive years, between 2005-2010. The research project verified the territorial differentiation in the context of pursued responsibility for the health care among particular provinces in the country, with a special emphasis on the participation of non-profit organizations in health promotion in terms of their cooperation with local governments.

The research material was subjected to a context analysis and was preceded by a careful study of both domestic and foreign literature in the area of health promotion, relevant health indicators and social sciences, with a particular emphasis on the responsibilities of local governments for the health sector and public health issues. The research tool was a survey instrument developed by the authors and directed to all twelve provincial governments in Poland.

The study examined the connections of local governments and nonprofit organizations cooperation in the area of health promotion, focusing on the currently implemented health programs, organizational, personnel, content-related and financial support of these investments.

**Keywords:** Health promotion, local government, provincial government, non-profit organization (NGO)

*Adres do korespondencji / Mailing address: tholecki@sum.edu.pl*